

# اثربخشی برنامه گروهی والدگری مثبت بر نشانه‌های اختلال بیش‌فعالی/نارسایی توجه در کودکان

ثریا عابدی شاپورآبادی<sup>۱</sup>، \*معصومه پورمحمدرضای تجریشی<sup>۲</sup>، پروانه محمدخانی<sup>۳</sup>

## چکیده

**هدف:** اختلال بیش‌فعالی/نارسایی توجه یکی از شایع‌ترین اختلالات روانپزشکی دوران کودکی می‌باشد. یکی از درمان‌های مؤثر در این اختلال که در ترکیب با دارودرمانی به کار می‌رود آموزش والدگری مثبت است. هدف مطالعه حاضر، تعیین اثربخشی برنامه گروهی والدگری مثبت بر نشانه‌های اختلال بیش‌فعالی/نارسایی توجه در کودکان ۴ تا ۱۰ سال بود.

**روش بررسی:** در این مطالعه پیش‌تجربی، از طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون تک گروهی استفاده شد و مادران ۲۶ کودک با اختلال بیش‌فعالی/نارسایی توجه، مراجعه کننده به مراکز اخوان و رفیده به شیوه هدفمند و در دسترس انتخاب شدند و در ۸ جلسه آموزشی برنامه گروهی والدگری مثبت (یک جلسه ۲ ساعته در هر هفته) شرکت کردند. مادران به فرم کوتاه و تجدید نظر شده مقیاس درجه‌بندی کانرز والدین، قبل و بعد از شرکت در جلسات آموزشی پاسخ دادند. داده‌ها با استفاده از آزمون تحلیل واریانس یک متغیری با اندازه‌گیری مکرر و آزمون تعقیبی بونفرونی تحلیل شدند.

**یافته‌ها:** نتایج آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر نشان داد که آموزش برنامه گروهی والدگری مثبت به مادران به ترتیب منجر به کاهش میانگین شاخص بیش‌فعالی/نارسایی توجه، بیش‌فعالی، مخالفت‌جویی، و مشکلات شناختی و توجه شده است. نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی بیانگر آن بود که تفاوت بین زوج میانگین‌های بیش‌فعالی با مخالفت‌جویی و مشکلات شناختی و توجه، شاخص بیش‌فعالی/نارسایی توجه با مخالفت‌جویی، مشکلات شناختی و توجه، و بیش‌فعالی معنادار ( $P < 0/05$ ) است. ولی بین زوج میانگین‌های مشکلات شناختی و توجه با مخالفت‌جویی تفاوت معنادار وجود ندارد.

**نتیجه‌گیری:** آموزش گروهی برنامه والدگری مثبت موجب بهبود نشانه‌های اختلال در کودکان با اختلال بیش‌فعالی/نارسایی توجه می‌شود و به عنوان روش ترکیبی با دارو درمانی به نتایج مثبت می‌انجامد.

**کلیدواژه‌ها:** آموزش گروهی، برنامه والدگری مثبت، اختلال بیش‌فعالی، نارسایی توجه

- ۱- کارشناس ارشد روان‌شناسی و آموزش کودکان استثنایی، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران، ایران
- ۲- دکترای روان‌شناسی، مرکز تحقیقات توانبخشی اعصاب اطفال، استادیار دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران، ایران
- ۳- دکترای روان‌شناسی، بالینی، گروه روان‌شناسی بالینی، استاد دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران، ایران

دریافت مقاله: ۹۱/۰۳/۰۸

پذیرش مقاله: ۹۱/۱۲/۰۱

\* آدرس نویسنده مسئول:

تهران، اوین، بلوار دانشجو، خیابان کودکیار، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، مرکز تحقیقات توانبخشی اعصاب اطفال.

\* تلفن: ۰۴۲ ۲۲۱۸۰۰۴۲ (۲۱) ۹۸+

\* رایانامه:

mpmrtajrishi@gmail.com



## مقدمه

کودکان، کاهش یابد (۱۰). بنابراین متداول‌ترین روش درمان این کودکان کمک به والدین است تا بتوانند روش‌های مقابله مؤثر و حل مشکلات و تعارض‌های ارتباطی را بیاموزند. از آنجایی که، خانواده‌های این کودکان بیش از خانواده‌های کودکان عادی، نیازمند آموزش و افزایش مهارت‌های والدگری هستند، آموزش والدین یکی از روش‌هایی است که به دلیل ویژگی‌های منحصر به فرد، بر سایر روش‌ها برتری نسبی دارد (۱۱). در این نوع درمان، برنامه اصلاح رفتار کودک در محیط طبیعی خانه و توسط والدین که بیشترین تعامل را با او دارند، اجرا می‌شود. والدین به دلیل نفوذ و تماس بیشتر با کودکان، می‌توانند در اجرای مداخلات رفتاری در محیط زندگی طبیعی کودک نقش بسزایی داشته باشند و برگزاری جلسات آموزش خانواده به صورت گروهی یکی از تکنیک‌های مؤثر و نسبتاً کم هزینه در درمان اختلالات رفتاری کودکان به شمار می‌رود (۱۲).

برنامه‌های بسیاری در زمینه آموزش والدین وجود دارند که هر یک از نظر فلسفه، روش و اثربخشی، با بقیه متفاوت است (۵). در این راستا، برنامه والدگری مثبت<sup>۲</sup> (Triple P)، یک برنامه گروهی مداخله رفتاری در تعامل‌های خانواده مبتنی بر اصول یادگیری اجتماعی است که توسط ساندرز و همکاران (۱۴، ۱۳) به وجود آمده است. این برنامه، به دلیل وجود سطوح مختلف در نارسایی عملکردها و نیازهای گوناگون والد و کودک، دارای پنج سطح مداخله می‌باشد و برای والدین کودکان ۲ تا ۱۲ ساله که هم اکنون مبتلا، یا در معرض خطر ابتلا به اختلالات رفتاری و عاطفی هستند مناسب است. هدف این روش، پیشگیری از بروز اختلالات رفتاری، رشدی، عاطفی در کودکان با استفاده از افزایش سطح دانش، مهارت‌ها و اعتماد به نفس والدین می‌باشد. اگرچه، کارایی آن در مقایسه با سایر تکنیک‌های مداخله رفتاری مخصوصاً برای کودکان با تشخیص بالینی و مشکلات رفتاری شدید از جمله بیش‌فعالی/نارسایی توجه، اختلال سلوک<sup>۳</sup> و اختلال نافرمانی مقابله‌ای<sup>۴</sup> (۱۵) مستند به قوی‌ترین شواهد و حمایت‌های علمی است (۱۶، ۱۷)، پژوهش‌های انجام گرفته در ارتباط با اثربخشی این برنامه در کاهش نشانه‌های بیش‌فعالی/نارسایی توجه معدود و دارای نتایج متفاوت بوده‌اند. برای مثال، برخی از پژوهش‌ها نشان داده‌اند که آموزش والدین تأثیر چندانی در کاهش نشانه‌های اختلال بیش‌فعالی/نارسایی توجه نداشته است (۲۳-۱۸).

با توجه به نتایج معدود و متناقض در زمینه کاربرد برنامه والدگری مثبت در کاهش نشانه‌ها و نظر به اهمیت پایه‌های نظری این روش و ضعف مهارت‌های برخی از والدین در مواجهه با کودکان

دوره کودکی از مهمترین مراحل زندگی به شمار می‌رود که در آن شخصیت فرد شکل می‌گیرد. اغلب ناسازگاری‌ها و اختلالات رفتاری در نوجوانی و بزرگسالی، از بی‌توجهی به مسائل و مشکلات عاطفی - رفتاری دوران کودکی و عدم هدایت روند رشد و تکامل کودک ناشی می‌شود (۱).

در واقع، مشکلات دوره کودکی علاوه بر مختل کردن عملکرد و توانایی‌های کودک، او را برای مشکلات بیشتر و ابتلاء به اختلالات در آینده، مستعد می‌سازند (۲). در این میان یکی از اختلالات مربوط به دوران کودکی، بیش‌فعالی/نارسایی توجه<sup>۱</sup> است (۳). رفتار کودکان مبتلا به بیش‌فعالی/نارسایی توجه بر عملکرد آنها در خانواده، مدرسه و اجتماع تأثیر منفی می‌گذارد و واکنش منفی اطرافیان را بر می‌انگیزد. میزان بروز این اختلال در امریکا از ۲ تا ۲۰ درصد کودکان مدارس ابتدایی متغیر است و حدود ۳ تا ۷ درصد کودکان به آن مبتلا هستند (۴). مطالعات همه‌گیرشناسی در کشور ما نیز نشان داده، اختلال بیش‌فعالی/نارسایی توجه با شیوع ۳٪ تا ۶٪ رایج‌ترین اختلال در سنین دبستانی است (۵). با توجه به میزان شیوع نسبتاً بالای این اختلال، استفاده از روی‌آورد‌های مختلف درمانی، امری ضروری به شمار می‌رود. همچنین با توجه به مطالعات انجام شده در زمینه دارودرمانی، این نکته قابل ذکر است که اگرچه، داروهای روان‌گردان اولین گزینه درمان دارویی در افراد مبتلا به بیش‌فعالی/نارسایی توجه است (۶) و ۷۰٪ تا ۸۰٪ کودکان پس از مصرف دارو، بهبودی قابل ملاحظه‌ای را در نشانه‌های رفتاری و شناختی نشان می‌دهند، استفاده از این داروها در کودکان با عوارض جانبی همراه است و معمولاً آثار این داروها، طولانی مدت و پایدار نیست (۷). بر این اساس، رژیم درمانی واحد مشتمل بر داروهای محرک برای بهبود مشکلات فراوان مربوط به بیش‌فعالی/نارسایی توجه، کافی به نظر نمی‌رسد. با وجود دلایل ذکر شده و سطح بالای تعارض‌های موجود در روابط والد - کودک (۸)، بسیاری از متخصصین استفاده از مداخله‌های رفتاری و آموزش والدین را قبل از دارو درمانی پیشنهاد کرده‌اند و در مواردی که بهبودی کافی حاصل نشود، دارو درمانی به عنوان درمان کمکی مورد استفاده قرار می‌گیرد. این نکته در راهنمای بالینی اختلال بیش‌فعالی/نارسایی توجه مطرح است که درمانگری به صورت مشاوره با والدین و اجرای روش‌های مدیریت رفتار می‌بایستی در اولویت قرار گیرد (۹). اغلب، دارو درمانی با درمان‌های روان‌شناختی ترکیب می‌شود تا عوارض درازمدت اختلال بیش‌فعالی/نارسایی توجه در

1- Attention Deficit / Hyperactivity Disorder  
3- Conduct Disorder2- Triple-P (Positive Parenting Program)  
4- Oppositional Defiant Disorder



مدت ۶ ماه؛ برخورداری از سواد خواندن و نوشتن برای مادران؛ و خروج از پژوهش (شرکت مادر در جلسات درمانی مشابه؛ داشتن غیبت بیش از ۲ جلسه در طی اجرای برنامه؛ وجود سابقه بیماری روانی در مادر؛ وجود اختلالات دیگر در کودک از قبیل: کم توانی ذهنی و اختلالات روان‌پریشی؛ جدایی و طلاق والدین کودک از یکدیگر) انتخاب شدند و رضایت‌نامه کتبی شرکت در پژوهش و فرم کوتاه و تجدید نظر شده مقیاس درجه‌بندی کانرز (فرم والدین)<sup>۱</sup> را تکمیل و در ۸ جلسه آموزشی برنامه گروهی والدگری مثبت (هفته‌ای یک جلسه ۲ ساعته) شرکت کردند. در طی جلسات آموزشی، ۴ نفر از شرکت‌کنندگان به علت غیبت بیش از ۲ جلسه از مطالعه کنار گذاشته شدند. دو هفته پس از جلسه هشتم، مادران مجدداً به مقیاس درجه‌بندی کانرز (فرم والدین) پاسخ دادند.

به منظور جمع‌آوری اطلاعات از دو پرسش‌نامه استفاده شد: پرسش‌نامه اطلاعات دموگرافیک: در برگیرنده سوالاتی در مورد خصوصیات کلی کودک و مادر نظیر (سن، جنس کودک، شغل والدین، تحصیلات والدین و وضعیت اجتماعی - اقتصادی خانواده و بیماری روانی مادر) بود.

فرم کوتاه و تجدید نظر شده مقیاس درجه‌بندی کانرز - والدین (CPRS-R-27): مقیاس‌های تجدیدنظر شده درجه‌بندی کانرز، حاصل ۳۰ سال تحقیق درباره آسیب‌شناسی روانی و مشکلات رفتاری کودکان و نوجوانان است. محدوده سنی مورد استفاده در مقیاس والدین و معلم ۳ تا ۱۷ سال است. این پرسش‌نامه از ۲۷ سؤال تشکیل شده و دارای چهار زیرمقیاس مخالفت‌جویی<sup>۲</sup>، مشکلات شناختی - بی‌توجهی<sup>۳</sup>، بیش‌فعالی<sup>۴</sup> و شاخص بیش‌فعالی / نارسایی توجه است. نمره خام آزمودنی در هر زیرمقیاس از مجموعه درجه‌بندی‌های والدین (صفر تا ۳) در عبارات مربوط به آن زیرمقیاس محاسبه و سپس براساس سن و جنس به نمره معیار T تبدیل می‌شود. نمره معیار مساوی ۶۰ یا بیش تر از آن، نشانگر مشکلات قابل توجه بالینی در آن زیرمقیاس است. زرگری‌نژاد (۱۸) ضرایب پایایی درونی را از ۰/۷۵ تا ۰/۹۰ و ضریب بازآزمایی<sup>۵</sup> با ۸ هفته فاصله را بین ۰/۶۰ تا ۰/۹۰ گزارش کرده است. اعتبار سازه فرم‌های کانرز با استفاده از روش‌های تحلیل عاملی به دست آمد و اعتبار افتراقی این پرسش‌نامه در تمایز افراد مبتلا به بیش‌فعالی / نارسایی توجه از افراد عادی و دیگر گروه‌های بالینی قویاً تأیید شده است. در این پژوهش از مقیاس کانرز والدین که در ایران توسط زرگری‌نژاد و تهرانی دوست ترجمه و نرم شده است استفاده شد (۱۸).

دارای بیش‌فعالی / نارسایی توجه، که معمولاً تعاملات منفی والد - کودک و تشدید رفتارهای بیش‌فعاله در کودکان را به دنبال دارد پژوهش حاضر درصدد است با استفاده از آموزش برنامه گروهی والدگری مثبت، ضمن افزایش خودآگاهی و شناخت والدین از اختلال بیش‌فعالی / نارسایی توجه و احساس کفایت در والدگری، تا حدودی بتواند از میزان استرس و تنیدگی مادر بکاهد و بستر مناسبی را جهت ارتقاء آگاهی و فرهنگ والدین در زمینه تربیت و ترغیب همکاری آنان به مطالبه درمان‌های چند وجهی کودکان دارای اختلال بیش‌فعالی / نارسایی توجه فراهم نماید. در صورت تأیید نقش قابل ملاحظه چنین روش‌های آموزش والدینی از جمله برنامه والدگری مثبت، در تقلیل میزان استرس و تنیدگی والدین به ویژه، مادران، می‌توان تا حدودی کودک مبتلا را از اثرات جانبی و زیانبار داروها محفوظ داشت و در صورت اثربخشی آن، می‌توان با کاربرد و اشاعه آموزش این روش به دیگر والدین، در کاهش بسیاری از رفتارهای مشکل ساز کودکان گام مؤثری برداشت. از آنجایی که به کارگیری این روش درمانی در سال‌های کودکی (۱۰-۴ سال) به عنوان نوعی مداخله به هنگام به شمار می‌رود، می‌تواند روزه‌های امید را به سوی موفقیت‌های آتی این کودکان در موقعیت‌های تحصیلی و اجتماعی بگشاید. شایان ذکر است که ضرورت اجرای این‌گونه پژوهش‌ها در گرو دستیابی درمانگران به راهکارهای روان‌شناختی درست و مناسب در زمینه برخورد با کودک است تا از این طریق بتواند آموزش‌های لازم را به والدین ارائه دهند. بنابراین، هدف پژوهش حاضر تعیین اثربخشی آموزش برنامه گروهی والدگری مثبت بر نشانه‌های اختلال بیش‌فعالی / نارسایی توجه در کودکان واجد این اختلال است.

### روش بررسی

در مطالعه پیش تجربی حاضر از طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون تک گروهی استفاده شد. جامعه پژوهش مشتمل بر تمامی مادرانی بود که فرزند ۴ تا ۱۰ ساله مبتلا به اختلال بیش‌فعالی / نارسایی توجه داشتند و در سال ۹۰-۱۳۸۹ به مراکز درمانی وابسته به دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی تهران مراجعه کرده بودند. نمونه‌ای در دسترس مشتمل بر مادران ۲۶ کودک مبتلا به اختلال بیش‌فعالی / نارسایی توجه که برای دریافت خدمات درمانی به کلینیک‌های اخوان و رفیده مراجعه کرده بودند. براساس ملاک‌های ورود به پژوهش (سن ۴ تا ۱۰ سال برای کودک؛ ابتلاء به اختلال بیش‌فعالی / نارسایی توجه براساس تشخیص روانپزشک کودک و روانشناس بالینی؛ دریافت درمان دارویی با ریتالین دست کم به



خویشنداری را در آنها هموار ساخت (۱۷). محتوای برنامه آموزشی به شرحی است که در پی می‌آید: جلسه اول: معرفی برنامه و ساختار جلسات، ارائه اطلاعات در مورد ADHD، آموزش نحوه مشاهده و ثبت رفتار. جلسه دوم: معرفی روش‌های تقویت و بهبود رابطه والد-کودک با توجه به فنون آموزش مهارت‌های جدید. جلسه سوم: شناسایی انواع تقویت‌کننده‌ها و روش‌های افزایش توجه به رفتارهای مطلوب. جلسه چهارم: شناساندن اثرات ناخواسته تنبیه، روش‌های وضع قوانین و نیز مداخلات مربوط به کاهش رفتارهای نامطلوب و اصلاح رفتار. جلسه پنجم: شناساندن موقعیت‌های پر دردسر و آموزش روش‌های برنامه‌ریزی و آمادگی برای مقابله مؤثر با آن. جلسه ششم: شناساندن موانع تغییر و روش‌های مقابله با آنها و آموزش تمرین عملی در مورد مشکلات شایع. جلسات هفتم و هشتم: محتوای این دو جلسه در فرمت اصلی این برنامه شامل اجرای جلسات تلفنی در مورد نحوه کاربرد مهارت‌های آموخته شده در منزل بود، در این مطالعه با توجه به درخواست والدین این دو جلسه به صورت حضوری برگزار شد. لازم به ذکر است که ۴ نفر از مادران به علت غیبت بیش از ۲ جلسه از مطالعه کنار گذاشته شدند و در مجموع داده‌های حاصل از موقعیت‌های پیش‌آزمون و پس‌آزمون ۲۲ نفر از مادران با استفاده از آزمون تحلیل واریانس یک متغیری با اندازه‌گیری‌های مکرر و آزمون تعقیبی بونفرونی تحلیل شدند.

### یافته‌ها

شاخص‌های توصیفی سن و جنس کودکان ADHD در جدول ۱ ارائه شده است.

جدول ۱. شاخص‌های توصیفی سن و جنس کودکان با اختلال بیش‌فعالی / نارسایی توجه

سن	تعداد	درصد
۴	۴	۱۸
۵	۳	۱۴
۶	۴	۱۸
۷	۲	۹
۸	۴	۱۸
۹	۵	۲۳
مجموع	۲۲	۱۰۰

(۱۸ نفر)، پسر و ۱۸ درصد آنها (۴ نفر) دختر بودند. نتایج حاصل از تحلیل اطلاعات مربوط به سطح تحصیلات و وضعیت شغلی والدین بیانگر آن است که سطح تحصیلات

پس از مراجعه به مراکز بالینی اخوان و رفیده و اعلام آمادگی مسئولین برای همکاری، کودکانی که برحسب مصاحبه تشخیصی روانپزشک دارای اختلال بیش‌فعالی / نارسایی توجه بودند به همراه مادران خود که دارای ملاک‌های ورود به مطالعه بودند، انتخاب شدند. پس از اخذ رضایت‌نامه کتبی از شرکت‌کنندگان و توضیح هدف پژوهش به آنها اطمینان داده شد که نتایج حاصل از مطالعه به صورت گروهی و با حفظ ناشناس ماندن آنها در اختیار مسئولین مراکز قرار گیرد. مادران آزاد بودند تا هر موقع که بخواهند از ادامه همکاری اجتناب ورزند و به پدران نیز در صورت تمایل اجازه شرکت در پژوهش داده شد. سپس مادران پرسش‌نامه اطلاعات دموگرافیک و مقیاس درجه‌بندی کانرز (فرم والدین) را تکمیل و در جلسات مداخله شرکت کردند. مداخله این پژوهش به صورت اجرای آموزش گروهی برنامه والدگری مثبت والدین به مدت ۸ جلسه (هر هفته یک جلسه ۲ ساعته) بود و توسط پژوهشگر و ۱ نفر روان‌شناس که دوره‌های لازم را در این زمینه گذرانده بودند مدیریت می‌شد. ۲ هفته پس از پایان جلسات آموزشی والدین مجدداً مقیاس درجه‌بندی کانرز را تکمیل کردند. برنامه والدگری مثبت توسط ساندرز و همکاران (۱۵) و براساس رفتار درمانگری‌های خانوادگی مبتنی بر اصول یادگیری اجتماعی به وجود آمده است و با ارائه اطلاعات درباره اختلال بیش‌فعالی / نارسایی توجه و آموزش مهارت‌های فرزندپروری می‌تواند در راستای کاهش مشکلات شدید رفتاری و هیجانی کودک و ارتقاء کیفیت رابطه مادر - کودک مورد استفاده قرار گیرد (۱۶). این برنامه از پنج سطح مداخله تشکیل شده و اهداف تمام سطوح درمانی بر افزایش خودکفایی و خودکارآمدی والدین در مدیریت و کنترل رفتار متمرکز است و با استفاده از آموزش والدین (به ویژه مادران) می‌توان دستیابی به حس شایستگی اجتماعی و

همانگونه که در جدول ۱ منعکس شده است بیشترین درصد سنی آزمودنی‌ها به طبقه ۹ سال مربوط می‌شود. همچنین بررسی فراوانی جنس کودکان بیانگر آن بود که تقریباً ۸۲ درصد کودکان



۹۱٪ مادران و ۸۲٪ پدران در سطح دیپلم و لیسانس است. از لحاظ وضعیت شغلی، تقریباً ۸۲٪ مادران خانه دار و ۶۴٪ پدران دارای شغل آزاد هستند. بررسی وضعیت اقتصادی - اجتماعی خانواده‌های شرکت‌کننده بیانگر آن است که ۷۹٪ آنها از پایگاه اقتصادی - اجتماعی متوسط برخوردارند.

جدول ۲. نتایج آزمون ماشلی جهت بررسی یکسانی واریانس‌های سطوح متغیر وابسته

عامل A	ضریب ماشلی	تقریب مجذور	P
نشانه‌ها	۰/۸۱۶	۴/۰۶۹	۰/۱۳۱

$P > 0/05$

نتایج جدول ۲ نشان می‌دهد ضریب ماشلی (۰/۸۱۶) در سطح ۰/۰۵ معنادار نیست، بنابراین فرض صفر رد نمی‌شود و می‌توان نتیجه گرفت که فرض یکسانی واریانس‌ها بین سطوح عامل A برقرار است.

جدول ۳. میانگین و انحراف استاندارد نمرات کودکان ADHD در حیطه‌های پرسش‌نامه کانرز (فرم والدین) در پیش‌آزمون و پس‌آزمون

حیطه‌ها	پیش از آموزش	پس از آموزش
مخالفت‌جویی	۱۲/۵ ۲/۶۵	۷ ۲/۰۲
مشکلات شناختی و توجه	۱۳/۵ ۲/۵۶	۸/۶ ۱/۵۶
بیش‌فعالی	۱۵/۷ ۱/۲۴	۸/۳ ۱/۱۲
شاخص ADHD	۳۰/۲ ۲/۱	۱۹/۵ ۲/۵

همانگونه که در جدول ۳ مشاهده می‌شود، در مرحله پیش‌آزمون بیشترین میانگین مربوط به شاخص بیش‌فعالی / نارسایی توجه با مقدار ۳۰/۲ و کمترین میانگین مربوط به زیرمقیاس مخالفت‌جویی با مقدار ۱۲/۵ می‌باشد. در مرحله پس‌آزمون (بعد از اجرای برنامه مداخله) بیشترین کاهش میانگین (حدود ۱۱ نمره) مربوط به شاخص بیش‌فعالی / کمبود توجه با میانگین ۱۹/۵ و با توجه به نتایج ارائه شده در جدول کمترین کاهش مربوط به مشکلات شناختی و توجه است.

جدول ۴. خلاصه اطلاعات تحلیل واریانس یک متغیری با اندازه‌گیری‌های مکرر مربوط به مقایسه میانگین تفاضل نمرات کودکان ADHD در حیطه‌های پرسش‌نامه کانرز (فرم والدین)

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	df میانگین	مجذورات	F
اثر آزمون	۴۶۷/۰۳۴	۳	۱۵۵/۶۷۸	۶۵/۹۴۹*
درون آزمودنی	۹۷/۳۳۰	۲۱	۴/۶۳۵	
خطا	۱۴۸/۷۱۶	۶۳	۲/۳۶۱	
کل	۷۱۳/۰۸	۸۷		

\* $P < 0/001$

نتایج جدول ۴ نشان می‌دهد که چون F محاسبه شده (۶۵/۹۴۹) در سطح  $P < 0/001$  معنادار است، بنابراین فرض صفر رد و نتیجه‌گیری می‌شود که بین میانگین تفاضل نمرات کودکان ADHD در حیطه‌های پرسش‌نامه کانرز تفاوت معناداری وجود دارد. بدین معنا که وضعیت کودکان در هر یک از حیطه‌های



جدول ۵. نتایج آزمون بونفرونی مقایسه میانگین تفاضل نمرات مربوط به کودکان ADHD در حیطه‌های پرسش‌نامه کانرز (فرم والدین)

ردیف	حیطه‌ها	میانگین	۱	۲	۳	۴
۱	مخالفت‌جویی	-۵/۵	-	-۰/۰۷۳	۱/۹*	۵/۲*
۲	مشکلات شناختی و توجه	-۴/۹	-	-	۲/۶*	۵/۹*
۳	بیش‌فعالی	-۷/۴	-	-	-	۳/۳*
۴	شاخص ADHD	-۱۰/۴	-	-	-	-

\*  $P < 0/05$

معلوم نیست که چه‌اندازه از مشکلات خانوادگی کودک به مهارت‌های والدگری و یا ابتلاء یکی از والدین به اختلال بیش‌فعالی/نارسایی توجه و یا منحصرأ به عوامل ژنتیکی بستگی دارد. به طور بالینی دیده شده است که مادران این کودکان نسبت به درخواست‌های فرزندان خود بی تفاوت هستند و این موضوع می‌تواند کودک را به سمت رفتارهای بیش‌فعالانه به منظور جلب پاسخ از سوی والدین سوق دهد. افزون بر این، گاه والدین این کودکان قادر به استفاده از روش‌های مدیریت پایدار رفتار فرزندان خود نیستند، به گونه‌ای که گاه در مقابل رفتار فرزند به طور منفعل رفتار می‌کنند و رفتار ناشایست وی را می‌پذیرند. بدین ترتیب، توجه به رفتارهای منفی و غفلت از رفتارهای مثبت می‌تواند به وخامت مشکلات رفتاری کودک منجر شود (۳۰).

بنابراین به عنوان یکی از توجیه‌های علمی در مورد کاهش نشانه‌های اختلال، می‌توان به نقش والدین به ویژه مادران در سبب‌شناسی آن اشاره نمود. اصلاح نقش والدین، به ویژه مادر، عامل کلیدی است که می‌تواند به مدیریت تکانشگری، بی‌توجهی و رفتارهای بیش‌فعالی کودک کمک نماید. در این زمینه مادر می‌تواند با مدیریت رفتارهای کودک، استفاده از دستورهای کلامی روشن و صریح، وضع قوانین و محدودیت‌های مشخص برای کودکان به ایفای نقش والدگری بپردازد. افزایش آگاهی والدین در زمینه ویژگی‌های اختلال، راه‌های برخورد مناسب با این کودکان، منجر به تغییر در شناخت والدین از رفتار کودک می‌شود و از این طریق می‌توان از هرچه وخیم‌تر شدن رفتارهای ناسازگارانه و بیش‌فعالانه کودکان پیشگیری کرد، چرا که نداشتن شناخت و اطلاعات کافی در مورد اختلال و علل اختلال باعث می‌شود درگیری بین والد و کودک بیشتر شود و تعارض در روابط و ناتوانی در مدیریت کودک، باعث تشدید رفتارهای بیش‌فعالانه کودک می‌گردد (۳۱). همچنین افزایش توانایی مادر، در زمینه ایجاد انگیزه بیشتر در کودک برای انجام تکالیف درسی و دادن پاداش‌های بیجا و متناسب به او برای انجام فعالیت‌ها همراه با توجه کافی می‌تواند یکی از علل احتمالی کاهش مشکلات شناختی و توجهی در کودکان مبتلا به اختلال بیش‌فعالی/نارسایی توجه

نتایج جدول ۵ نشان می‌دهد که از بین مقایسه‌های انجام شده، همه مقادیر پرسش‌نامه در سطح ۰/۰۵ معنادار است. بدین معنا که تفاوت بین همه زوج میانگین‌ها به استثنای میانگین ردیف ۱ و ۲ (-۰/۰۷۳) در سطح ۰/۰۵ معنادار است. این نتایج نشان می‌دهد که:

الف) آموزش برنامه گروهی والدگری مثبت به مادران کودکان با اختلال بیش‌فعالی/نارسایی توجه بر کاهش شاخص بیش‌فعالی/نارسایی توجه در مقایسه با مخالفت‌جویی، مشکلات شناختی و توجهی و بیش‌فعالی، تأثیر بیشتری داشته است.

ب) آموزش برنامه گروهی والدگری مثبت به مادران کودکان با اختلال بیش‌فعالی/نارسایی توجه بر کاهش بیش‌فعالی در مقایسه با مخالفت‌جویی، مشکلات شناختی و بی‌توجهی، تأثیر بیشتری داشته است.

در مجموع، می‌توان چنین اظهار نمود آموزش برنامه گروهی والدگری مثبت به مادران کودکان با اختلال بیش‌فعالی/نارسایی توجه بر بیش‌فعالی و شاخص بیش‌فعالی/نارسایی توجه در مقایسه با سایر حیطه‌ها تأثیر بیشتری داشته است.

### بحث

نتایج به دست آمده حاکی از این است که برنامه والدگری مثبت نشانه‌های اختلال بیش‌فعالی/نارسایی توجه و همچنین مخالفت‌جویی کودکان مبتلا را به طور معناداری کاهش داده است. با این وجود میزان بهبودی در شاخص بیش‌فعالی/نارسایی توجه بیش از سایر خرده‌مقیاس‌های پرسش‌نامه کانرز والدین است و کمترین میزان بهبودی مربوط به خرده‌مقیاس مشکلات شناختی و توجه می‌باشد.

این یافته‌ها با مطالعات پیشین همخوانی دارد (۲۷-۲۴، ۷). به عنوان نمونه نتایج مطالعه فیونا و ساندرز (۲۹) حاکی از آن بود که آموزش والدین در کاهش حوزه‌های پرفعالیتی، کم‌توجهی، تکانشگری و نافرمانی در کودکان مبتلا به اختلال بیش‌فعالی/نارسایی توجه مؤثر واقع می‌شود.

یکی از عواملی که در آغاز و تداوم اختلال بیش‌فعالی/نارسایی توجه نقش دارد، از هم گسیختگی توازن خانواده است، اگرچه



احتمالی عدم اثربخشی مناسب در این پژوهش‌ها باشد. مدت مداخله نیز یکی دیگر از دلایل کاهش اثربخشی برنامه‌ها است. همان گونه که در مطالعه طهماسیان و همکاران (۴۰) اشاره شد، مداخلات کوتاه مدت ممکن است نتواند تغییرات علائم را مشاهده یا ارزیابی کند. تحصیلات والدین و همچنین سطح اقتصادی - اجتماعی خانواده هم احتمالاً می‌تواند به عنوان یک متغیر اثرگذار در نتایج درمان محسوب گردد که در این پژوهش‌ها به آنها توجه نشده است. همچنین برخی پژوهش‌ها، وجود علائم بیش‌فعالی / نارسایی توجه در والدین را علت عدم اثربخشی آموزش والدین در نظر گرفته‌اند (۷). نداشتن انگیزه و عدم تلاش کافی در اجرای اصول آموخته شده توسط والدین یکی دیگر از دلایل کاهش اثربخشی آموزش والدین است. ویس و ویس (۳۹) نیز اشاره کرده‌اند که شرکت فعال والدین در جلسات و انگیزه آنها، در نتایج درمان تأثیر تعیین‌کننده‌ای دارد. یکی از دلایل احتمالی عدم اثربخشی برنامه آموزش والدین در مطالعه قشنگ (۴۱)، می‌توان به تفاوت‌های روش شناختی اشاره نمود. متفاوت بودن نوع برنامه مداخله، احتمالاً عدم تکمیل تمامی جلسات مداخله، و مدت جلسات (۴ جلسه) از موارد تمایز مطالعه وی با پژوهش حاضر بوده است. در پژوهش حاضر از برنامه والدگری مثبت که یکی از جامع‌ترین و جدیدترین برنامه‌های آموزش والدین به شمار می‌رود و براساس نظریه یادگیری اجتماعی تنظیم شده است و به تمامی جنبه‌های اختلال بیش‌فعالی / نارسایی توجه می‌پردازد، استفاده شد (۱۷-۱۵). در صورتی که در مطالعه قشنگ از برنامه آموزش والدین بارکلی استفاده گردید. از دیگر دلایل احتمالی عدم اثربخشی مناسب برنامه‌های آموزش والدین بارکلی، می‌توان به انجام نیافتن کامل و مناسب برنامه اشاره نمود. از آن جایی که این برنامه برای هر جلسه دارای دستورالعمل مشخصی است لذا حذف یا ادغام این دستورات می‌تواند از اثربخشی آن بکاهد. مدت مداخله نیز یکی دیگر از دلایل احتمالی است. چنانچه قشنگ با آموزش چهار جلسه‌ای، به آموزش شیوه‌های فرزندپروری به مادران کودکان ۳ تا ۵ سال دارای اختلال رفتاری پرداخت، در حالی که در پژوهش حاضر، مداخله در ۸ جلسه اجرا شد. افزایش تعداد جلسات می‌تواند روند اجرای برنامه توسط مادران را بررسی و به رفع مشکلات آنها در حین اجرای روش بپردازد. همچنین تغییرات ایجاد شده در مادران و کودکان مشهودتر می‌شود چون این امکان وجود دارد که مداخله کوتاه مدت نتواند فرصت مشاهده و ارزیابی کامل از تغییر نشانه‌ها را فراهم نماید (۴۰). این احتمال نیز وجود دارد که اثربخشی برنامه والدگری مثبت در

باشد. چنانچه ریتمن و همکاران (۳۲) بیان داشته‌اند که سیستم ژنتونی از نظر بهبود توجه و کاهش رفتارهای ایدائی مؤثرتر از متیل‌فندیت<sup>۱</sup> است. در زمینه مخالفت‌جویی، اشاره به این نکته ضروری است که بر مبنای نظریه یادگیری اجتماعی، کودکان از نحوه تعاملات قهرآمیزی که در حین برخورد والدین با مشکلات رفتاری خود می‌بینند، شیوه رفتاری قهرآمیز و برخورد‌های مخالفت‌جویانه و سرکوب‌گرایانه را می‌آموزند. مسائل خانوادگی در مقایسه با علائم خالص بیش‌فعالی / نارسایی توجه، نقش سبب‌شناختی مهمتری در پرخاشگری و اختلالات رفتاری ایفا می‌کنند. با ارائه برنامه گروهی والدین در کنار سایر مداخلات، والدین به راهکارهای صحیح‌تری در برخورد با مشکلات رفتاری کودکان دست می‌یابند و با تدبیری از پیش اندیشیده، سعی می‌کنند رفتارهای ناگهانی خود را در هنگام عصبانیت و ناکامی مدیریت کنند و از این طریق کنترل هیجانات منفی را به طور عملی و بر مبنای همان نظریه یادگیری اجتماعی به کودک خود انتقال می‌دهند و به این ترتیب از افزایش بروز مشکلات رفتاری همچون مخالفت‌جویی کودک جلوگیری می‌کنند (۳۳). یافته‌های سالباخ و همکاران (۳۴) نشان داد که آموزش والدین به طور معنادار، نشانه‌های اصلی بیش‌فعالی / نارسایی توجه را کاهش داده و تفاوت معناداری را بین گروه کنترل و مداخله از لحاظ شاخص بیش‌فعالی ایجاد کرده است. یکی دیگر از دلایل احتمالی کاهش نشانه‌ها در کودکان، می‌تواند همراهی آموزش والدین با دارو درمانی باشد. چنانچه بسیاری از مطالعات مؤید اثر افزوده درمان ترکیبی مشتمل بر دارو درمانی و مداخلات روانی - اجتماعی، در مقایسه با کاربرد هر یک از این درمان‌ها به تنهایی در زمینه کنترل علائم پایه اختلال بیش‌فعالی / نارسایی توجه هستند (۳۷-۳۴). نتایج این پژوهش با نتایج برخی از پژوهش‌ها (۲۳-۱۸) و (۳۹-۳۸) همخوانی ندارد. در این پژوهش‌ها، این نتیجه به دست آمد که آموزش والدین تأثیر چندانی در کاهش علائم و بهبودی اختلال بیش‌فعالی / نارسایی توجه نداشته است. این تناقض در یافته‌ها احتمالاً به دلایل مختلفی بستگی دارد که عمدتاً مربوط به نکات روش‌شناسی هستند. در زمینه آموزش والدین برنامه‌های مختلفی وجود دارد، متفاوت بودن نوع برنامه مداخله می‌تواند یکی از دلایل عدم اثربخشی در این پژوهش‌ها باشد. از آنجایی که این برنامه برای هر جلسه دارای دستورالعمل مشخصی است لذا حذف یا ادغام این دستورات می‌تواند از اثربخشی آن بکاهد. از این رو انجام نیافتن کامل و مناسب برنامه‌ها، می‌تواند از دیگر عوامل



برای اعمال مدیریت رفتار می‌بایستی، برخلاف عادت‌های متعارف خود رفتار نمایند. اعمال این نوع درمان توسط والدین عموماً مستلزم نوعی سخت‌کوشی، دقت و صرف وقت و انرژی زیاد است. هنگامی این روش می‌تواند تغییر مطلوبی را در رفتار کودک به وجود آورد که تمام اعضای خانواده، از شیوه اعمال رفتاردرمانی آگاهی و انگیزه کافی برای انجام آن داشته باشند (۴۳).

به نظر می‌رسد عوامل ذکر شده با توجه به یافته‌های توصیفی به دست آمده از نمونه پژوهش (اعم از میزان تحصیلات بالا، عدم ابتلاء والدین به بیماری روانی، و سطح اجتماعی - اقتصادی مناسب)، کارآمدی روش درمانی مورد استفاده در این پژوهش را افزایش داده است.

به دلیل تعداد محدود مراجعه کنندگان به مراکز منتخب در دسترس و نداشتن گروه کنترل انتظار می‌رود پژوهش‌های آتی ضمن بررسی و مقایسه اثربخشی روش آموزش گروهی والدگری مثبت در گروه آزمایش و گروه کنترل، به مقایسه اثربخشی روش اخیر و سایر روش‌های آموزشی خانواده محور به تنهایی یا در ترکیب با دارودرمانی بپردازند. از محدودیت‌های دیگر در پژوهش حاضر می‌توان به استفاده صرف از فرم خودگزارش‌دهی والدین اشاره نمود و پیشنهاد می‌شود که پژوهش‌های آتی ضمن استفاده از فرم معلمان از سایر روش‌های جمع‌آوری اطلاعات در مورد نشانه‌های اختلال بیش‌فعالی / نارسایی توجه (از جمله مصاحبه بالینی، مشاهده، ...) بهره ببرند.

### نتیجه‌گیری

در مجموع، برنامه آموزش گروهی والدگری مثبت همراه با دارو درمانی می‌تواند نقش مؤثری در کاهش نشانه‌های اختلال بیش‌فعالی / نارسایی توجه داشته باشد. در واقع، آموزش استفاده از اصول تغییر رفتار به مادران از جمله: تقویت، خاموشی، اقتصاد ژتونی، یادگیری مشاهده‌ای، محروم‌سازی و جریمه کردن، آنها را در زمینه مدیریت رفتار فرزندان خود توانمند ساخته و متعاقباً بهبود رفتارهای غیر قابل قبول اجتماعی (مخالفت‌جویی) و کاهش علائم رفتاری (مشکلات شناختی، توجه، بیش‌فعالی) در کودکان را در برداشته است.

### تشکر و قدردانی

به این وسیله از مرکز تحقیقات توانبخشی اعصاب اطفال دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی تهران که حمایت مالی این پژوهش را عهده‌دار شدند، تمامی مادران شرکت‌کننده در برنامه آموزش گروهی والدگری مثبت و همکاران و کارکنان محترم مرکز توانبخشی جامع اخوان که در فراهم کردن تسهیلات لازم جهت برگزاری کلاس‌ها تلاش زیادی نمودند مراتب تقدیر و سپاس خود را اعلام می‌داریم.

خانواده‌هایی که از سطح اقتصادی - اجتماعی متوسط و بالاتر از متوسط برخوردارند بیشتر باشد، در صورتی که قشنگ (۴۱)، در مطالعه خود به وضعیت اقتصادی - اجتماعی خانواده‌ها توجهی نداشت و امکان دارد که در مطالعه وی، خانواده‌هایی با پایگاه اقتصادی - اجتماعی متفاوت شرکت کرده باشند.

از سوی دیگر، افزایش دانش ممکن است لزوماً به تغییر رفتار منجر نشود. در برنامه والدگری مثبت، مادران آموزش‌های لازم را دریافت می‌نمایند، ولی مشخص نیست که افزایش دانش می‌تواند در رفتار والدگری آنها تغییر ایجاد کند یا نه؟ چنانچه هچمن (۴۲) در مطالعه خود بر روی ۱۰۳ کودک با اختلال بیش‌فعالی / نارسایی توجه به این نتیجه دست یافت که درمان روانی - اجتماعی منجر به افزایش دانش والدگری می‌شود ولی ارزیابی به عمل آمده از والدین، بیانگر آن بود که روش والدگری آنها تغییر نیافته است. روش خود گزارش‌دهی مادران تا حدود زیاد به سبک والدگری و ویژگی‌های آنها وابسته است. برای مثال، برخی از پژوهشگران اشاره کرده‌اند برای مادرانی که دارای نشانه‌های اختلال بیش‌فعالی / نارسایی توجه هستند، فنون آموزشی مدیریت والدین مفید نیست. زیرا آنها در زمینه پیگیری آموخته‌ها، مهارت سازمان‌دهی و توجه به جزئیات روش، ضعف دارند. بنابراین در ارزیابی نشانه‌های کودک توسط مادر، یا هر یک از والدین، باید به این نکته توجه داشت که ویژگی‌های خاص ارزیابی‌کننده، مانند کمال‌گرایی می‌تواند نتایج را تحت تأثیر قرار دهد (۳۹). چنانچه در مطالعه قشنگ به مشکلات روان شناختی والدین به عنوان عاملی مؤثر در کاهش اثربخشی برنامه مداخله‌ای اشاره شده است (۴۲).

در انتها این نکته قابل ذکر است که برنامه‌های آموزش والدین از نظر اقتصادی مقرون به صرفه به نظر می‌رسد، زیرا خانواده‌های دارای کودکان بیش‌فعال که توانایی تقبل هزینه‌های درمانی درازمدت را ندارند نیز می‌توانند از این شیوه استفاده کنند. درمان به موقع می‌تواند خطر مشکل رفتاری کودکان مبتلا را که به احتمال زیاد، تا دوران بزرگسالی ادامه می‌یابد، کاهش دهد. آموزش مهارت‌های مدیریت کودک به والدین بسیار مهم است زیرا آنها بیشترین وقت را با کودک سپری می‌کنند و از قدرت و اختیار لازم برای اعمال روش‌های تشویقی و تنبیهی برخوردارند. از سوی دیگر، والدین می‌توانند ضمن کاهش هزینه‌های درمانی و افزایش اثربخشی شیوه‌های تغییر رفتار در منزل نقش مهمی را در درمان کودکان ایفا کنند. آموزش والدین در خانواده‌های دارای سطوح اجتماعی - اقتصادی بالا، والدین باهوش، دارای تحصیلات بالا و خانواده‌هایی که از نظر سلامت روانی در وضعیت مناسبی هستند، تأثیر بهتری بر جای می‌گذارد. زیرا قبل از انتظار هر گونه تغییر در رفتار کودک، نوعی تغییر رفتار در والدین مورد نیاز است. در واقع، هدف عمده این شیوه درمانی، تغییر رفتار والدین است. والدین





منابع

- 1-Cartwright-Hatton S. Parent skill training: An effective intervention for internalizing symptoms in younger children. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*. 2005; 7: 128-139.
- 2-Beh-Pajouh A, Motevali-Pour A, Farzad V, Rostami R, Habibi-Askarabad M. The efficacy of stress coping skills training on child-rearing stress in mothers with children with attention deficit hyperactivity disorder. *Family Research Quarterly*; 2010; 6 (1) 99-114. [Persian].
- 3-Herprtz S, Qunaibi M, Muller B, Lichterfeld C, Konrad K, Dohlman BH. Response to Emotional stimuli in boys with conduct disorder. *Am J Psychiat*. 2005; 162: 1100-1107.
- 4-Sadock BJ, Sadock VA. *Synopsis of Psychiatry, Behavioral Sciences Clinical Psychiatry*. 10th edition. USA: Williams & Wilkins. 2007; 956-1058.
- 5-Khoushabi K, Pouretamad H, Mohammadi M, Houman A, Biglarian A, Towfigh N. [Prevalence of attention deficit hyperactivity disorder and other co-existing disorder among school students in Tehran (Persian)]. Research Project. University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences. 2002; 55-69.
- 6-Hauth-Charlier S, Clement C. Behavioral parent training programs for parent of children with ADHD: Practical consideration and clinical implication. *Pratiques Psychologiques*. 2009; 15: 223-234.
- 7-Sonuga-Barkley EJ, Daley D, Thompson M. Parent based therapies for preschool attention deficit/hyperactive disorder: A randomized controlled trial with a community sample. *J AM ACAD CHILD PSY*. 2001; 40 (4): 402-408.
- 8-Swenson AR, Birnbaum HC, Secnikok M, Chenko M, Greenberg P, Claxton A. ADHD. Increased costs for parents and their families. *J AM ACAD CHILD PSY*. 2003; 24 (12): 1415-1423.
- 9-Cho BH, Kim S, Shin DI, Lee JH, Lee SM, Kim IY, et al. Neurofeedback training with virtual reality for attention and impulsiveness. *CyberPsychology Behavior*. 2004; 7: 519-526.
- 10-Rowland AS, Umbach DM, Stallone L, Naftel J, Bonlig EM, Sandler DP. Prevalence of medication treatment for attention deficit-hyperactive disorder among elementary school children in Johnston country, North Carolina. *AM J PUBLIC HEALTH*. 2002; 92: 231-234.
- 11-Anastopoulos AD, Shaffer SD. Attention-Deficit Hyperactivity Disorder. In Walker CE, Roberts MC. (Eds. ). *Handbook of clinical child psychology*. 3rd edition. Wiley, John & Sons. Simultaneously in Canada. 2001; 689-712.
- 12-Carr A. *The Handbook of Child and Adolescent Clinical Psychology: A Contextual Approach*. 2nd edition. New York: Rout ledge Taylor & Francis Group; 2006; 366-401.
- 13-Sanders MR. Triple-P Positive Parenting Program as a public health approach to strengthening parenting. *J FAM PSYCHOL*. 2008; 22 (3): 506-517.
- 14-Sanders R, Takeo F, Noriko K. Effectiveness of Group Positive Parenting Program (Triple P) in Changing Child Behavior, Parenting Style, and Parental Adjustment: An Intervention Study in Japan. *J Child Fam Studi*. 2011; 1-10.
- 15-Sanders, M. R. & Prinz, R. J. The Triple P system: A multi-level, evidence-based, population approach to the prevention and treatment of behavioural and emotional problems in children. *The Register Repor*. 2005; 31: 42-45.
- 16-Sanders MR. The translation of evidence-based parenting program in to regular clinical services. *Advances in Mental Health*. 2003; 2 (3): 123-126.
- 17-Bodenman G, Cina A, Lederman TR, Sanders MR. The efficacy of the triple p- positive program parenting in improving parenting and child behavior: A Compassion with two other conditions. *BEHAV RES THER*. 2008; 46: 411-427.
- 18-Zargarinejad G. [The effectiveness of parent's training on reducing problem behaviors in ADHD children (Persian)]. Thesis for Master of Science in clinical psychology. University of Iranian Medical Science and Health-Treatment Services; 2004; pp: 67-92.
- 19-Tehranidost M, Shahrivar Z, Mahmoudi-Garaie M, Alaghban-Rad J. [Effect of constructive foster training to parents on reduction of behavior problems in children (Persian)]. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*. 2008; 14 (4): 371-379.
- 20-Swenson AR, Birnbaum HC, Secnikok M, Chenko M, Greenberg P, Claxton A. ADHD: Increased costs for parents and their families. *J AM ACAD CHILD PSY*. 2003; 24 (12): 1415-1423.
- 21-Conners CK, Epstein JN, March JS, Angold A, Wells KC, Klaric J. Multimodal treatment of ADHD in the MTA: an alternative outcome analysis. *J AM ACAD CHILD PSY*. 2001; 40 (2): 159-167.
- 22-Abikoff H, Hechtman L, Klein RG, Weiss G, Fleiss K, Etcovitch J. Symptomatic improvement in children with ADHD treatment with long-term methylphenidate and multimodal psychosocial treatment. *J AM ACAD CHILD PSY*. 2004; 43 (7): 802-811.
- 23-Diamond G, Siqueland L. Current status of family intervention science. *Child Adol Psych Cl*. 2001; 10 (3): 641-661.
- 24-Kilic BG, Sener S. Family functioning and psychosocial characteristics in children with ADHD with co morbid ODD or conduct disorder. *Turkish Journal of Psychiatry*. 2005; 16 (1): 21-28.
- 25- Huang H, Chao C, Yang PC. Behavior parent training for Taiwanese parent of children with attention deficit/hyperactive disorder. *PSYCHIAT CLIN NEUROS*. 2003; 57: 275-281.
- 26-Danforth JS, Harvey E, Ulaszcek WR, McKee ET. The outcome of group parent training for families of children with attention-deficit hyperactivity disorder and defiant/aggressive behavior. *J BEHAV THER EXP PSY*. 2006; 37: 188-205.
- 27-Hajebi A, Hakim-Shoshtari M, KHajedin N. [The effect of behavioral management training to parents of preschool children with ADHD (Persian)]. *Journal of Thought and Behavior*. 2005; 4: 435-440.
- 28-Mirzaiyan B, Pashasharifi H, Azad H. [The effect of children control skills training to mothers on reducing ADHD symptoms and mother's depression (Persian)]. *Journal of Knowledge & Research in Psychology*. 2006; 29: 81-102.
- 29-Fiona E, Sanders H, Sanders MR. A feasibility study of enhanced group triple p- positive parenting program for parents of children with ADHD. *Behavior Change*; 2002; 19 (4): 191-206.
- 30-Graham PJ, Turk J, Verhulst FC. *Child psychiatry: A developmental approach*. 3rd edition. Great Britain: Oxford University; 1999; 110-120.
- 31-Bor W, Sanders MR, Markie-Dadds C. The effectiveness of the triple p – positive parenting program on preschool children with co-occurring disruptive behavior and antinational/hyperactivity difficulties. *J ABNORM CHILD PSYCH*. 2002; 30 (6): 572-587.
- 32-Reitman D, Hupps D, O'callaghan PM, Gulley V, North P. The influence of a token economy and methylphenidate on attentive and disruptive behavior during sports with ADHD-diagnosed children. *Journal of Behavior Modifying*. 2001; 25 (2): 305-323.
- 33-Houshvar P. [The effect of parents group training on their 8-10 years old children with attention deficit/hyperactivity disorder (Persian)]. *J REHABIL*. 2009; 3 (10): 24-31.
- 34-Salbach H, Lenz K, Huss M, Vogel R, Felsing D, Lehmkuhl U. Treatment effects of parent management training for ADHD. *Z Kinder Jugendpsychiatr Psychother*. 2005, 33 (1): 59-68.
- 35-Jensen PS, Albert-Garcia MD, Sherry G, Maura C, Mike BA, Michael S. Cost-effectiveness of ADHD treatment: findings from the multimodal treatment study of children with ADHD. *Am J Psychiat*. 2005; 162 (9): 1628-1636.
- 36-Bricard C, Boidein F. Prescribing ritalin in combined modality management of hyperactivity with attention deficit. *Encephale*. 2001; 27 (5): 435-443.
- 37-Farmand A, Khoushabi K, Mohamadkhani P. [Effectiveness of combined treatment: medication and group positive parenting program in comparison with each treatment itself on child-rearing styles and ADHD symptoms in children aged 3 to 12 years old (Persian)]. PhD Dissertation, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences. Tehran. 2006; 150-155.
- 38-Greenhill LL, Osman BB. *Ritalin: Theory & Practice*. USA: Mary Ann Libert. 2000; 245-268.
- 39-Weiss M, Weiss G. *ADHD IN M Lewis*. Child and Adolescent psychiatry. USA: Lippincott Williams & Wilkins. 2002; 946-1015.



40-Tahmasiyan C. [Effectiveness of parent training on reduction of behavior problems in children with ADHD (Persian)]. Thesis for Master of Science in clinical psychology. Iranian Psychiatric Institute. 1996; 73-91.

41-Ghashang N. The effect of parent training on reduction of stress in parent-child relationship. [MA thesis in clinical psychology]. Tehran, Iran: Shahid Beheshti University. 2003.

42-Hechtman L. Assessment and diagnosis of attention-deficit/

hyperactivity disorder. Child and Adolescent Psychiatry Clin, 2000; N. Am, Vol, 9 (3): 481-489.

43-Hadiyanfard H, Najarian B, Shokrkon H, Mehrabizade M. [Comparison of the effectiveness three psychotherapy methods on reduction of ADHD symptoms in 3rd and 4th grade elementary school children in Shiraz (Persian)]. Journal of Educational Sciences and Psychology of Shahid Chamran University. 2001; (1, 2): 29-55.

# ***The Effectiveness of Group Training Positive Parenting Program (Triple-P) on Symptoms of Children with Attention Deficit/Hyperactivity Disorder***

*Abedi Shapourabadi S. (M.Sc.)<sup>1</sup>, \*Pourmohamadreza Tajrishi M. (Ph.D.)<sup>2</sup>, Mohamadkhani P. (Ph.D.)<sup>3</sup>*

Receive date: 28/05/2011  
Accept date: 27/02/2013

*1-M.Sc. in Psychology & Education of Exceptional Children, University of Social Welfare & Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran*

*2-Ph.D. in Psychology, Pediatric Neurorehabilitation Research Center, Assistant Professor of University of Social Welfare & Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran*

*3-Ph.D. in Clinical Psychology, Department of Clinical Psychology, Professor of University of Social Welfare & Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran*

**\*Correspondent Author Address:**  
Pediatric Neurorehabilitation Research Center, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Koodakyar Alley., Daneshjoo Blvd., Evin, Tehran, Iran.

**\*Tel:** +98 (21) 22180042

**\*E-mail:** mpmrtajrishi@gmail.com

## **Abstract**

**Objective:** Attention deficit/hyperactivity disorder (ADHD) is one of the most common psychiatric disorders in childhood. One of the effective therapies for ADHD is positive parenting program (Triple-P) mixed with medication. The purpose was to determine the effectiveness of group training positive parenting program on ADHD symptoms of 4-10 years old children.

**Materials & Methods:** In this pre-experimental study, pre-test and post-test design with single group used and 25 mothers of ADHD children who had attended in Akhavan and Rofeide Clinics selected in convenience. They participated in 8 sessions (one session, 2 hours weekly) and trained with positive parenting program. Mothers completed Conner's Parents Rating Scale Revised before and after training sessions. Data analyzed by using one-way analysis of variance with repeated measures and Bonfroni post-hoc test.

**Results:** one-way analysis of variance with repeated measures showed that group training positive parenting program has led to significant reduction ( $P < 0.001$ ) in ADHD index, hyperactivity, oppositional behaviors, cognitive and attention problems in ADHD children. Post-hoc Bonfroni test indicated that there is significant differences ( $P < 0.05$ ) between the means of hyperactivity with oppositional behaviors and cognitive and attention problems, hyperactivity/attention deficit index with oppositional behavior, cognitive and attention problems with hyperactivity respectively. But, there is no significant difference between the means of cognitive and attention problems with oppositional behavior.

**Conclusion:** Group training positive parenting program lead to improvement of ADHD symptoms and it causes positive outcomes in combination with medication.

**Keywords:** Group Therapy, Positive Parenting Program (Triple-P), Attention Deficit, Hyperactivity Disorder